

韓国医療体系における葛藤の構造分析

——医療供給体系の競争について——

趙 炳 熙*
訳 金 鏞 淇**

目 次

1. 医療組織に対する統制の問題
2. 韓国医療体系の構造的特徴
3. 医療体系における葛藤の構造
4. 結 論

韓国の医療体系は、1970年代以降民間病院の成長に支えられ、外形的に急激な変化をとげた。しかし、対内的には組織構造の非効率性により多くの葛藤をおこしている。本研究は、医療供給構造がもつ組織構造の特性を把握し、その矛盾とおもわれる競争について考察したい。

この研究における主な主張は、医療専門職による医療部門に対する統制が、純粋な知識を媒介として行われるというよりは、医療機関に対する所有権を中心として成立しているために、その体系内の競争は不可避であるということである。即ち、医療市場に対する統制が、専門職としての理念にあり組織であるよりは、企業的な性格が著しく、所有権観念にもとづく医療市場の成立が普遍化されているのが、韓国における実情である。こういう現象は、韓国の特殊な状況であると考えられる。医療部門に対する社会的統制方式は、ほかの社会部門に対するその方式とは、著しく異なっている。したがって、この両者を比較することにより、韓国医療体系の組織構造の本質を容易に理解することができよう。ここにおいては、ひとまづ医療組織の社会的な統制の側面を簡単に考察したのち、1970年代半ば以降の変化を論じ、その構造的分析をこころみたい。

1. 医療組織に対する統制の問題

産業一般における企業組織の統制は、所有権にもとづくのが普遍的である。しかし、医療分野は例外的特性をもつ。それは第一に、医療が完全に市場において流通されるというよりは、非商品的なサービスであるという認識が伝統的に伝わっており、国家あるいは宗教団体による慈善の形態でサービスが供給される等、それが完全な市場機能に委ねられていないのが一般的である。産業社会内において階級間葛藤が激化されると、それに対する国家の反応として、社会福祉政策が実施されることとなる。この場合、教育・失業手当等と共に、医療はその重要な政策分野となり、医療サービスの生産と分配に対し、国家がより積極的に介入することとなる。

第二の特殊性は、医師がもつ専門職としての属性である。医療サービスとは、その生産者である医師がもつ知識と分離することができない。したがって、一般労働者のように、経営者による作業過程の統制がむずかしく、医療過程において医師はほとんど絶対的な自律性をもつものである。勿論、医師がもつ社会的地位と権威は医療外的な諸要因により決定されるのであるが、医療過程内においては、外部の干渉を排除する自律性をもつようになる。これは、医師が医療部門に対する統制力の行使に当り、政策的に相当有利な位置にあることを意味する (Larson 1970)。

国家の医療部門に対する介入は、いろいろな方法で展開されるのであるが、医療の生産と供給の側面と、サービス利用の側面に大別することができる。前者は、医療サービスの生産体系

* 啓明大学校社会科学大学社会学科助教授

** 啓明大学校産業経営研究所特別所員、嶺南大学校名誉教授

を国家が掌握し、サービスを標準化してこれを国民に提供する方式であって、社会主義国家、あるいは英国において行われ、サービス分布の階層間平等を実現しうる長所がある。

サービス利用の側面に国家が介入するときは、大体において、医療保険制度を導入し、既存の医療サービス生産方式はそのまま存続せしめながら、国民の医療サービス購買力の増大によりサービス利用を増大せしめるものである。このような方式は、既存の医療体系を革命的に変化せしめない状態において、サービス利用の階層間衡平を高めることができる。しかし、サービス生産体系そのものを統制しないため、非保険サービスの増大に伴う新しい階層間不均衡を発生することとなる。また、サービス利用の水準と保険財政の保護が、逆相関関係にあるため、利害関係集団の間に葛藤を深化せしめるうれいがある。国民の医療利用が増大するとき、国家は保険財政の保護のため、医療費支払水準の引上を抑制せしめることとなり、医師の反発をうけ、反対に医師の要求に応ずる場合、保険料を負担する企業・国民または国家自身の負担が増加するため、これらの反発を招くこととなる。

国家がどういう方式で医療に介入するかは、階級関係の問題であるが (Navarro 1977: 183—298 Watzkin 1981), 基本的には、社会革命あるいはこれに準ずる階級間の葛藤がはげしいとき国営の医療体系となり、一般的な資本主義社会においては、医療保険の方式により、階級間の葛藤を緩和せしめようとする。何れの場合においても、国家の医療部門介入が増大するとき、それはそれだけ国家の統制力増大を意味し、つまるところ、医師に対し直接的に間接的に影響を及ぼすこととなる。ところが、このような国家の統制力増大の状況において、医師がどのような方式でどれほど組織化されているかにより、その影響力は相異なるようになる。医師が組織されるということは、専門職としての共通の資格と職業意識を共有することにより、一種の職業共同 (professional community) を形成するということである。このような医師の職業共同体は、歴史的にみて、専門職が形成

される初期において、ほかの類似した医療供給者より、自身等を区分せしめ、医療市場を排他的に独占するのにたいへん有効であった。彼等は、新しく発展した大学教育制度を基盤として、医科大学課程の履修を資格基準とし、地域社会に対する職業的使命感を強調し、医療市場における独占を形成した。

しかし、医療知識が増大しその市場規模が拡大するにつれ、医師は持続的な市場独占のため、新しい政策を必要とするにいたった。即ち、その業務を効率的に分業することにより、市場全体に対する統制力を発揮することとなる。専門制度を確立し、医師相互間に患者依頼の体系を発展せしめるのは、お互の競争を防止し、体系全体を支配しうる基礎をきずくこととなる。このような体系は、医師全体が一つの有機的組織として統合され、医療問題は医師個人でない医師全体が解決するような方式であるため、国家による干渉は相当な制約をうけざるをえない。医師がこのように組織化されず、個人化ないし階層化されておれば、国家による統制は容易となる。医師の分業による有機的統合は、結局、その内部に階層化現象が存在しない平等化された共同体を意味する。

ところが、何等かの契機により、医師相互間に亀裂が生じ、集団内部に権威的位階制が発生し、国家統制に対応する方策が乱れることとなれば、その干渉はより容易となるであろう。たとえば、英国の医療体系が、貴族出身の病院専門医と、中産階層出身の一般開業医とに分れ、利害関係を異にしていたため、国家は容易に医療保険制度を導入することができた。しかし、アメリカにおいては、単一身分によって組織化されていたため、国家による医療部門介入が、相対的に困難であった (Hollingsworth 1986, Chapter 1 & 2)。

これを要約すれば、国家の医療部門に対する介入は、総体的には国家と階層間の勢力関係により、その基本的方式が決定されるのであるが、具体的なその方式と成功のいかんは、医療体系内の医師がどれ程有機的に統合され、その体系を統制しているかにかかっており、また、国家

の組織的財政的能力によってもことなる（Re-naud 1975）。勿論，社会の歴史的文化的要因による影響も，ときにより重要であるけれども，構造的分析のための要因は，この二つの要素を考慮すれば足りるとおもわれる。

2. 韓国医療体系の構造的特性

以上の一般論をふまえて，韓国の医療体系の特性をみれば，第一は，国家の医療部門介入が1970年代半ば以降，質的に量的に増大したことであり，第二は，これに対応する医療需要の増大によりその外形的成長は急激に上昇しているが，医師は集団内部の分業と統合をなしえず，相互の競争を激化せしめていることである。この二つの側面について，さらに具体的に考察しよう。

1977年は，韓国の医療体系の歴史的展開に，一線を画する時点であった。それは，医療保険制度の導入に起因する。この導入以前は，医師以外のほとんどすべての国民が医療に関する限り極貧者といわれるほど，医療は国民より疎外されていたが，導入によりこれがあらためられた。この導入はそれほど政治的にも意義があった。その以前は，全国農村地域の半分以上が無医面（訳注：面は村に該当）であったし，都市においても医療費負担のため，医療機関を利用することはむずかしいことであった。病気のと

きは薬局を利用する程度であった。1977年以前は，国家が国民医療についてほとんど関心がなく，医療費の90%以上を国民が直接負担していた（表1左側参照）。

国家は防疫活動あるいは後れた市道（訳注：道は県に該当）立病院の維持等につとめていた程度にすぎなかった。

医療保険制度を導入した原因については，いろいろな見解があるが（金録浩，1989），大体において維新体制* に対する国民の反発による国家の危機意識という政治的要因があった。また，産業社会の成熟に伴い労働階級が成長し労使葛藤がはげしくなり，農業部門の発達が相対的に後れ，都市と農村の隔差が大きくなる等，階層間の不平等を背景にして，これらを緩和しようとする要請が，それらの施策を促したと考えられる。

初期の医療保険制度は，従業員500人以上の大企業と国家部門従事者を対象としていた。これは，相対的に医療要求が多いのにもかかわらず医療費を調達することができない低所得階層を疎外したという批難をうけた。しかし，それより12年をへた今日にいたり，全国民を対象とするようになり，その受益の範囲も拡大され，保険制度に対する論議も方向をかえるようになった。

ところで，ここで重要なのは国家が医療部門に介入する方式である。1945年以降，国家は医療部門に対する直接介入に関心がなく，その成長は主として私立大学の病院あるいは個人の開業医の努力によるものであった。医療保険制度の採択に当たっても，国家の介入は消極的であったといえる。国家は，公務員に対する保険料と，医療保険組合に対する運営費を負担する以外，財政的投資がなかった。そこで，企業主と従業員はおおの半分づつ保険料を負担した。表1の右側をみれば，この保険制度導入以降においても，総医療費支出のうち国家が占める割合は増加していない。国家は，なお医療機関の増設のような資本投資は考えず，民間医療機関の増

表1 保健部門総支出推計

	医療保険以前		医療保険以後	
	1970	1975	1978	1983
公共部門	14.9%	10.7%	17.8%	15.9%
民間部門	85.1	89.3	77.0	62.3
（個人支出）	(84.0)	(88.5)	(75.6)	(60.5)
医療保険	—	—	5.2	21.8
	100.0	100.0	100.0	100.0
総支出 （単位： 10億ウォン）	71.4	306.5	667.1	2163.1

資料：朴仲基，1979，『韓国保健財政医療保険』，p. 65.

KDI

：権純元，1986，『国民医療費研究』，p. 36. 翰林大学校

* 訳注：1972年朴正熙政権は第7次憲法改正を行い独裁性を強くした，この憲法を維新憲法と称した。

設を誘導した。国家は、ただ官僚的統制方式によって、医療部門を管理した。即ち、医療保険組合の運営においてその基準を定めたり、役員の選出を統制したり、病院の新設を許可制にして大都市における病院集中を抑え、医療疎外地域における新設を誘導したりした。

このような介入方式は、財政支出を抑えるためには有効であるけれども、医療部門に対する効果的な統制のためには限界があった。即ち、医療保険制度は医療保障制度とは区別される。医療保険制度とは、医療サービスのすべての内容を保障するものではなく、「基本的」なサービスに対する保障である。「高級的」なサービス、たとえば、CT-Scanner 等による診断等は、保険料支給対象より除外される。また、医療機関の地域的不均等分布による質的側面のサービスの不均衡は、統制することができない（趙炳熙1989 a）。こういう点は、国家が生産手段を直接に統制するのでなければ、窮極的解決はできない。医療保険制度の導入は、国民の医療欲求（health needs）に対する一次的解決策とはなりえても、技術発展等によりひきおこされる新たな欲求にこたえられず、医療の階層化が新たな次元において進行する可能性がある。

医療保険制度は、医師に対し両面的な効果があるものとおもわれる。その施行により、医療需要が増加し、医師の経済的側面よりみたととき肯定的効果があるといえる。しかし、医療市場の構造がもつ特殊性のために、この効果が制限的であるという点が、医師にとって否定的である。韓国の医療市場は、生産手段の所有によって編成されている。そこで、医療機関に対する

統制力が、その所有者に排他的に帰属することとなる。

アメリカの場合、病院は伝統的に非営利法人により設立運営されており、病院は看護員等の医療要員と行政及び技術要員は雇用するけれども、医師は専任をおかず一種の契約制により運営される。即ち、医師は、自身のクリニックをもって患者を診察し、病院の施設が必要であれば、自身の患者とともに契約した病院におもむき、手術等施術を行ったのち、再び自身のクリニックにもどる。したがって、医師は基本的に病院に雇用されていないけれども、病院に対し統制力を行使する。また、医師は病院の運営について直接的な責任がないので、患者の健康回復のみをねがう医療的業務に没頭することができる。

韓国の場合、すべての医療機関が閉鎖的組織をもち、病院に雇用されるのでなければ、その施設等の資源を利用することができない。したがって、医師は自身の病院を設立するか、それではなければ病院に雇用されねばならない。国家あるいは民間財団が病院を設立しない状況であるため、医師は雇用されるのでなければ、医療機関を自ら設立することとなる。

表2に示されているように、歴史的に大規模の病院は大部分国有であったが、最近10余年間において、個人所有の病院が急増している。1971年の個人病院は、病院当り30病床程度の規模で小さく、施設も個人開業医師と大差がなかった。ところが、1987年においては、個人病院は病院当り100病床となりその施設規模がにわかに大きくなった。これは、医師が小規模の医

表2 所有形態別医療機関数の推移

所 有 形 態	1949		1960		1971		1987	
	病 院	病 床	病 院	病 床	病 院	病 床	病 院	病 床
国 家 病 院	42	2,095	53	3,810	65	4,575	56	14,894
財 団 “	11	963	56	3,234	92	7,037	129	31,380
個 人 “	—*	—	—	—	109	3,209	346	33,764
個 人 医 院	—		3,863		5,402		9,089	

資料：保健社会部、『保健社会統計年報』、各年度、大韓病院協会、1972、『病院現況調査報告書』

* 該当資料がない

院より出発し、資本を蓄積して規模を拡大し大病院を建設するというのが、医療界における一つの慣行として定着したことを意味する。医師は、医療機関を所有することにより、病院に対し排他的統制力をもつけれども、反面、その経営について責任をおうこととなり、患者を誘致せねばならず、ここに医療相互間における競争の構造ができあがる。

元来、医師を医療専門職 (profession of medicine) とよぶのは、医師が一つの職業集団として組織化されているのを意味する。医療専門職は、基本的に医療知識を根幹として権威をもち、これが社会的に公益のために使用されるとする使命感意識のもとに、社会より医療市場における独占権をみとめられるようになる。そこで、医師は患者誘致のためお互に競争するとか、経済的利益のために、医療知識を非医療的目的のために使用する等の行為は、医療倫理の問題として規制されてきた。

アメリカにおいては、分業が発達し医師相互間の業務領域上の競争を防止し、自身の領域以外の患者をほかの医師に依頼する組織構造を発展せしめ、その協調性を高め、病院を所有しなくても医療市場を体系的に独占することができた。しかし、韓国においては、伝統的に国家の保護のもとに成長し、集団的自律性が頗る弱かった (趙炳熙1988, 1989b)。このような歴史的基礎のうえに、医師は個人主義的性向が深化され、対内的団結をはかる組織の構想よりは、個別的医療機関の所有に執着することとなり、基本的に相互競争状態におかれるようになった。

勿論、医療市場の拡大につれ、相互分業が行われる現象をみることができる。韓国においても、「大きい病院」と「村の病(医)院」の区別はあった。しかし、医療機関相互間の分業は、医師階層内部よりの分業と連結されてはじめて効果があるものである。アメリカの場合、病院とクリニック間の機能分化のみでなく、医師相互間においても担当する分野が分業化されているのを見ることができる。しかし、韓国においては、医療機関相互間の機能分化はある程度行われているが、医師相互間の業務分化が行われ

ていない。これは、医療体系の歴史的発展経路の差異によるものとおもわれる。過去、多くみられた小規模医院(「村の病院」)は、単純な西洋式クリニックのように医師の事務所の機能に限定されたものでなく、入院施設までそなえた、かなりの手術までも行う病院の機能を果たしていた。

これは、医療機関が閉鎖的な組織構造であり、相互患者の依頼体系が発展していない状況では、自身のクリニックを準病院化せざるをえない、「自然的」ななりゆきであった。しかし、1970年代半ば以降、大規模な総合病院が急増する状況において、医院は過去の病院機能を喪失し、外来患者の診療のみに機能を局限せしめる現象が著しくあらわれた。

ところで問題は、このような分業化が、全体としての医師の統制のもとに医療目的の実現にむけてのみ進行されたのではないという点である。韓国社会における病院の成長は、資本の規模を反映する。アメリカのように主治医制度が確立していない状況において、患者が医療機関を選定するに当り、施設のよりよい病院を選ぶこととなる。したがって、より多い患者を得るためには、最新の高級医療装備を具えねばならず、これは結局資本の規模により決定される。この場合、投資された資本は、回収されねばならず、それがため過剰診療あるいは高級化されすぎた診療を行うこととなり、時によっては非医療的行為も行うようになる。近年問題化された超音波診断機器による胎児の性別検査は、単純な幾人かの医師の非倫理的行動によって、発生したとみるよりは、医療市場の構造がそのような無理な行為を誘導した、構造的原因によるものといえよう。

即ち、医療市場の拡大と分業が、完全に医師の権威のもとに、医療的目的達成のために進行されるのではなく、それよりは資本の論理が優先的に作用して進行されるところに問題があるのである。医療市場が急速に拡大するなかで、専門職としての医師全体にどのような影響を及ぼすかに対し、共同して対応し、その全体の権威が維持上昇するような方向にむけて、その組織

を改善しようとせず、既存の個別的な所有とその拡大に執着した結果、医師相互間の競争と葛藤を誘発するようになった。つぎに、このような医療機関相互間における葛藤の具体的様相について考察を加えよう。

3. 医療体系における葛藤構造

医療機関の葛藤は、各級の医療機関に同じような効果を及ぼすものでなく、また、競争において優位にたち生存を維持するための、戦略もまた同一ではない。病院の規模を、資本の規模により単純化したとき、その規模別に環境を統制しようとする戦略は、あい異なる。したがって、相似た地位にある医療機関同士の協同ないし連席も発生しうる。ここで、国家が如何なる政策をとるかは、向後の医療市場構造の変化に重要な役割を果たすであろう。

まづ、医療保険実施以降、医療市場において、患者の流れがどのように変化したかをみよう。1979年と1984年を比較したとき、患者の総合病院集中現象がはっきりとあらわれる。表3においてみるように、総合病院の患者が全患者のうちに占める比率は、入院・外来ともに、1979年より1984年が伸びている。総合病院のうちでも、特に大学病院への集中がよく知られているところである。反面、個人開業医においては、入院患者は日毎に減少し、外来患者に対する診療に特性化される傾向にある。また、小規模病院において、入院・外来を通じ、その比重が減少しつつあることが示されている。このような患者の流れの変化は、医院および新設される小規模病院の反発を招き、医療機関相互に患者誘致競

争をひきおこしている。

1) 大規模病院

ここで大規模病院というのは、大体において大学病院か、あるいはこれに準ずる施設と規模をそなえる病院のことではあり、全体の10%未満である。これらは、医療市場においていろいろな面より優位な立場にたつ。

(1) 医科大学の卒業生は、彼等の将来の経歴に、こういう大規模病院につとめたことをかきくわえることにより、「社会的尊敬」をうけようとする（それでなければ個人開業を考える）。

(2) 資本の規模が大きいのので、最新の医療装備・施設を迅速に採択することができ、また患者が多いので高価装備使用の効率性を高めることができる。大部分、教育病院であるので外国よりの医療装備導入において、借款の斡旋もしくは割当順位を優先的にうけられる特典がある。

(3) 医療保険診療でない高級診療、または実験的診療を行い、保険外の収入源を確保することができる。

(4) 教育病院であるからレジデントの医療要員を、低い人件費で活用できる。

このようないろいろな利点のために、私立医科大学の付属病院は病院をひきつづき新設して系列化しようとし、大規模病院は医科大学を設置しようとするようになる。Y医大は1977年以降5個の病院を新設したし、H医大は幾つかの病院を基礎として医科大学の認可をうけた。1970年代以降新設された私立医大は大部分このケースに該当する。これらの病院は、医科大学・病院・医学研究所等を総合的に運営して知識を創出し、それを医療慣行化することにより、医療体系における核のような役割を果たすこととなる。このようにして、医療市場における地位が安定される

2) 中小規模病院

中小規模の病院は20病床ないし200余病床の多様な分布であるが、医療市場においては相似た共通的な地位にある。これらの大多数は1970年代後半以降新設され、個人医師の所有である

表3 医療保険患者の医療機関別分布

医療機関形態	入院日数		外来訪問数	
	1979	1984	1979	1984
総合病院	50.2%	76.1%	9.5%	31.3%
病院	21.6	13.3	8.1	7.6
個人医院	28.2	10.7	82.4	61.1
合計 (N)	100.0	100.0	100.0	100.0
(単位:1000名)	1,057	2,196	12,055	29,108

資料：医療保険連合会，1979，1984。『医療保険統計年報』

ことが多い。これらは大規模病院に比し、施設・人的要素面において後れているのが一般的である。教育病院のような社会的権威がないので優秀な医師を確保するのがむずかしい。いったん雇用された医師も、ここを自身の研究を生かす職場と考えるよりは、実務経験を幾年間つみ、個人開業するための準備場所程度に考えることが多い。

この病院は、医療市場において競争するためむりに施設・装備を購入する傾向があるが、相対的に患者がすくないので、規模の経済をえられない。また、必要以上に診療科目を増設するのも市場戦略の一環である。

これらは、医師の医療資本家の属性により、小さな医院より漸次成長して病院となったケースが多い。しかし、この病院が医療市場において占める位置は極めて不安定である。それは患者に対し大学病院が支える権威も、小規模医院が支える便利性も、何れも満足に与えられないからである。最近、こういう病院の倒産する事例が発生しているが、たいてい同じような原因にもとづいている。医師の医師資本家の属性が具体的にあらわれたのが、この中小規模病院であるが、これらが危機をむかえている現状である。それにもかかわらず、大多数の医師が個人開業を選好するのは、これからの医療慣行が、医療資本の蓄積により医療資本家への転換をはかるというよりは、小生産者の次元より個人的自律性を享受し満足しようとする傾向のあらわれと考えられる。

3) 個人医院

既に指摘したように、個人開業の医師はいままでのように準病院としての役割を果たすのがむずかしくなり、それにつれて存在の危機に迫られていることが多くなった。これらは専門科医院の性格として、特性化された診療を行い、固定化された患者をもちたいと考えている。また一方、ソウル等一部地域においては、大学病院との業務上連繫を公式化し、患者依頼体系を構想し、共存の途を模索している。しかし、このような試みの成功如何は未だに未知数である。

かれらが、中小規模病院との連繫を考えず、大学病院との連繫のみを考えるのも、その体系の特徴をよくものがたっているといえよう。それは、開業医師が学力、経歴等において、中小規模病院に雇用された医師より、まさるともおとらないことが多いためである。

医療市場における競争は、ごく少数を除く多くの医師に対しては否定的な効果をもつ。したがって、医師の連合体である大韓医学協会では、医科大学の増設ないし医師の増員に対しては敏感な反応をしめすこととなる。現在、韓国医師の対人口比率は、医師一人当り1,000名水準であるが、先進国500名水準に比べればはるかに及ばない。しかし、これを平面的に比較することはできない。欧米においては、医療サービスが質的に量的に高い水準にある点と韓国社会には医師のほかにも、医師の員数よりも多い薬師（薬剤士）と漢方医師がおることを考慮しなければならない。韓国において、薬師の機能は単純な薬剤の販売以上であるからである。

問題の本質は、医療市場が利潤志向の体系となるほかないという構造的特性にある。競争をしなくてもよい土台ができていないために、医師がこのような問題に消極的になっている。医療市場の体系化とは、ただ、医師のみが医療を施行しうることに意味があるのでなく、医療市場を医師全体が分割して支配しうる分業構造をきざぐことにある。このような市場分割は、医師相互の機能的分業を前提として、実現しうるものである。しかし、医療機関に対する所有権観念が強調されるようになれば、この実現はむずかしい。たとえば、専門医はその性質からみて病院に勤務することによってその機能を十分に発揮することができる。ところが、医科大学卒業生の大部分が専門医教育を希望しており、専門医の多くは、開業しているか、または、その準備をしている実情である。1986年は、専門医の50%が開業している。したがって、相似た資格をもつ専門医が、病院と医院に分布することとなり、それがため、その相互に機能的な業務分担を行うことは、事実上不可能である。病院がその施設を開業医に公開するとき、解決

せられる問題であるけれども、現在の病院が所有権観念にもとづく閉鎖的構造をもっているために、その実現はむずかしい。

国家は、これらの問題に対しそれなりの解決方策を準備した。1989年より、実施した「医療伝達体系」が、それである。この政策は二つの点において特徴がある。一つは、既存の医療機関を、地域別・診療水準別に一・二・三次機関として指定し、診療内容に制約を加えるものである。たとえば、三次機関である大学病院に対しては、外来患者に対する診療を禁じ、必ず一・二次医療機関を経由した患者のみを対象として入院診療を行うこととしている。反面、医院級の一次診療機関は入院患者の診療を行えないように規制している。この「医療伝達体系」を、ほかの側面である患者の立場からみたときは、過去のように総合病院か大学病院の診療をはじめからうけることができず、いわゆる医療体系の入口（entry point to the medical care system）における選択の自由が、うしなわれることとなる。しかし、その反面、医療機関がかわることによっておこる過剰診療・重複診療をさけることができるという長所がある。ところが、この制度は、最初の目的とはことなり、一・二次機関の差異がうしなわれるようになった。これは既にのべたように、中小規模の病院がもつ零細性のため、これらと医院との間に機能分化が行われにくいことに基因するものである。また、大規模病院は一般外来患者の診療を行えないかわりに応急患者に対する例外規定を利用して一般患者の診療を行う便法を講ずる途が、ひらけられるとおもわれる。

国家が、このような制度を考察したのは、医療機関が地域的に不均等に分布されている現実によるものであった。医療機関に対する、地域別・規模別・施設別・人材別に基準を定め、これを超過する地域に対しては、その新設を抑制して他地域に誘導し、医療資源の効率的活用を期した。こういう政策は、つまるところ、医療市場を人為的に分割し、医療機関の競争を防止する機能をもつ。しかし、医師の機能分担が実現できていない状況において、単純な医療機関

の機能分担は、その効果は明らかでない。なお、このような医療市場の分割は、地域別に医療の質的・量的水準がことなる分布の状況のもとにおいて、地域間・階層間の均等性を高めるよりは、既存の不均等性を固定化せしめるうれいもあるといえよう。

4. 結 論

韓国医療体系の構造的特性に対して考察した。韓国の医療体系は、国家による医療供給でなく、民間主導的医療市場に依存している。そして、その基本的誘因は利潤動機である。したがって、医師は、相互協力による分業構造の発展よりは、個別的医療機関の設立による医療施設の拡大につとめた。その必然的結果が医療機関間の競争である。

将来の医療体系の発展に影響を及ぼす要素として、国家の医療施策、資本の医療部門に対する介入、一般国民の医療政策に対する組織的要求の増大等をあげることができる。1988年より、地域医療保険が実施され、国家は、自営業者・職場組合に包容されない住民の保険料の半分を負担することとなり、政府は、多額の負担をおうこととなった。そこで、国家は、医療歳出の節減のために、これから医療部門に対する官僚制的統制を強化することが明らかである。国家が、病院を国営化して施設の掌握を試みることはありえないとしても、放漫な医療体系をそのままにして、それはより発生する非効率を除去することについては、万全を期するとおもわれる。ここで、医師の集団がそれに対しどのように対応するかは、予測に難くない。現在の、医療構造のもとにおいて、罷業等の集団行動をとることはできない。それは、医師に対する国民的支持基盤が弱いためである。だからといって、所有権観念に基礎づけられた医療体系を、たやすく放棄することもありえないであろう。したがって、医療機関相互の葛藤は当分間継続するものとおもわれる。

もう一つの変数は、既存の財閥企業の、医療部門に対する参加如何の問題である。いままで大企業による医療部門参与は、利潤動機よりも、

企業のイメージ刷新等の副次的目的実現のためのものであった。しかし、医療市場の規模が拡大するにつれ、企業の医療部門に対する直接参加を完全に排除することはできない。企業の医療部門参加が拡大された場合、既存の中小規模病院に対する影響は、頗る否定的であろうし、医師が雇用職化する現象は一層すすむことであろう。

歴史的にみて、社会における医療問題に対し、一般国民が組織化された要求を行ったことがない。しかし、1988年地域医療保険の実施とともに、農村地域において医療保険料収納に関し、相当に組織的で体系的な要求があった（高景心 1989）。また、医療事故被害者が消費者団体と連合して、その要求を組織化しはじめるようになった。このような傾向は、これからも質的に量的に増大するものとおもわれる。

このような、医療体系内の急激な変化のうちにあつて、医師は大体において、既存の医療慣行を維持しようとする態度をしめしているが、これから変化する状況のもとで、果たしてこのような保守的な態度が維持されうるであろうか、注目されるところである。

参考文献

- 高 景 心, 1989, 「農漁村의 医療保險是正運動에 대한 評價」, 保健社会研究会編, 『韓国医療保障研究』, pp. 121~134, 青年世代。
- 金 録 浩, 1989, 「韓国医療保障制度의 政治經濟学的 理解」, 保健社会研究会編, 『韓国医療保障研究』, pp. 135~168, 青年世代。
- 趙 炳 熙, 1989. a, 「医療서비스의 地域隔差」, 韓国社会学会地域・隔差シンポジウム発表論文。
- , 1989. b, 「韓国医療専門職의 構造的 分析」, 『現象斗認識』, 第13巻, 春季号, pp. 9~25。
- Cho. B. H. 1988. "The State and the medical profession in South Korea, 1910-1985." Unpublished Ph. D. thesis in University of Wisconsin-Madison.
- Hollingsworth, R. 1986. *A Political Economy of Medicine: Great Britain and the United States*. (Baltimore: Johns Hopkins Univ.).
- Larson, M. S. 1979. "Professionalism: rise and fall." *International Journal of Health Services*, vol. 9, pp. 607-627.
- Navarro, V. 1977. *Medicine under Capitalism*. (New York: Prodist).
- Renaud, M. 1975. "On the structural constraints to state intervention in health." *International Journal of Health Services*, vol. 5, pp. 559-571.
- Waitzkin, H. 1981. "A Marxist view of medicine." S. Monell ed. *Political Economy: A Critique of American Society*, pp. 46-108. (Dallas: Scott, Foresman, and Company).